



認知症疾患医療センター

## センター通信

冬号

2025年度

新しい年を迎えました。

私たちは今年も、「**共に歩む**」という理念のもと、地域の皆さま一人ひとりの健康と暮らしに寄り添う医療を大切にしていまいります。

日々変化する医療環境の中にあっても、患者さんやご家族、地域社会と同じ歩幅で向き合い、安心して頼っていただける存在であり続けることを目指します。



画像生成AIを使用

## レビー小体型認知症について

センター長 園原 和樹 医師

### I. レビー小体型認知症とは？

認知症診療において、アルツハイマー型認知症、血管性認知症に次いで3番目に多い病気がレビー小体型認知症です。この病気は日本人の小阪憲司医師が発見したもので、1976年に大脳にレビー小体を多数認める認知症を報告したことが始まりです。

レビー小体型認知症の原因は、脳内に存在する $\alpha$ シヌクレイン(健康な状態では神経細胞の情報伝達に関わるタンパク質)の異常です。異常になった $\alpha$ シヌクレインが集まってレビー小体を形成し、これが神経細胞に蓄積することで、神経細胞が障害されます。

レビー小体型認知症の主な症状は、(1)変動する認知機能障害(記憶力の低下・注意力の障害・一日の中で意識の明瞭さが変わる)、(2)パーキンソン症状、(3)繰り返し現れる幻視、(4)レム睡眠行動障害(夢の中の出来事に合わせて体が動いてしまうこと)、(5)抗精神病薬への過敏性(少量の抗精神病薬・睡眠薬が過剰に効いてしまうこと)など、多彩な症状を認めます。病気の初期には記憶障害が目立たないことが多く、注意障害・遂行機能障害(目標に基づいて計画を立て、物事を実行する能力の障害)・幻視などの症状からレビー小体型認知症を疑います。一方で、記憶以外に多彩な症状があるため、

幻視やレム睡眠行動障害に対して抗精神病薬・睡眠薬を使用した結果、かえって症状を悪化させることがあり、注意が必要です。

### II. レビー小体型認知症の診断基準

レビー小体型認知症の診断基準(DSM-5)を表に示します。表に基づき診断を行いますが、必要に応じて(1)ドパミントランスポーター検査(PET、SPECT)、(2)MIBG心筋シンチグラム、(3)睡眠ポリグラフ検査などの補助的検査を組み合わせて、総合的な診断を行います。

### III. アルツハイマー型認知症との違い

アルツハイマー型認知症とレビー小体型認知症では、記憶障害の出現時期に違いがあります。アルツハイマー型認知症では病気の初期から記憶障害を認め、病気の進行とともに記憶障害が進行するため、記憶障害からさまざまな周辺症状(周辺症状については「令和4年秋号センター通信」の説明をご確認ください)が現れます。一方、レビー小体型認知症では病気の初期には記憶障害が目立たず、記憶障害以外の症状(変動する認知機能障害、パーキンソン症状、幻視、レム睡眠行動障害)を認め、病気の進行とともに記憶障害が加わります。レビー小体型認知症では、うつ傾向・妄想・幻覚・レム睡眠行動障害などの症状を心配して病院を受診されることが多いです。





## レビー小体型認知症の診断基準（DSM-5より）

- A. 認知症または軽度認知障害の基準を満たす。
- B. その障害は潜行性に発症し緩徐に進行する。
- C. その障害は中核的特徴および示唆的特徴の組み合わせによるレビー小体型認知症の基準を満たす。

確実な(probable)レビー小体型認知症は、①2つの中核的特徴、または②1つ以上の中核的特徴と1つの示唆的特徴を満たす。

### (1) 中核的な特徴

- (a) 著しく変動する注意・覚醒度を伴う認知機能の動揺性
- (b) よく形作られた詳細な、繰り返し出現する幻視
- (c) 認知機能低下の進展に続いて起こる自然に発生したパーキンソニズム

### (2) 示唆的な特徴

- (a) レム睡眠行動障害
- (b) 抗精神病薬に対する重篤な過敏性

(3) その障害は、他の疾患(脳血管障害、他の神経変性疾患、物質の作用、他の精神疾患、神経疾患、全身疾患)ではうまく説明されない。

## 血管性認知症

### ～ 高次脳機能障害のリハビリテーションについて～

作業療法士 藤牧 由香理

#### I. 血管性認知症

認知症と聞くと、まず記憶力の低下を想像される方もいらっしゃると思いますが、脳血管性認知症は必ずしも記憶力に影響するとは限りません。病型もさまざまで、人によって症状の出方や進行状況が異なります。

そのため、リハビリテーションを行う場合は、どのような症状があるか、できることはなにかの評価を行い、その結果を踏まえた上で個別にリハビリテーション計画を設計していく必要があります。

症状の出方は人によってさまざまですが、生じやすい症状には以下のものがあります。

#### 1. 高次脳機能障害

- ① 注意障害（集中力の低下、ひとつの事に固執して切り替えられない、複数の作業を同時にできない等）

② 遂行機能障害（例：計画を立てて行動することが難しい、実行手順がわからない等）

③ アパシー（無関心・無気力状態）

#### 2. 気分障害

これら以外にも、歩行障害や片麻痺などの運動障害や感情のコントロールが難しくなる障害なども生じることがあります。

今回は高次脳機能障害に着目したリハビリテーションについて簡単にご紹介させていただきます。

#### II. 血管性認知症のリハビリテーション

##### ① 注意障害

注意障害へのリハビリテーションでは作業時間を短めにし、こまめに休憩をはさみながら行う、また人によっては静かな環境で行うなどの環境調整をして関わります。

次ページへ続く



## ② 遂行機能障害

遂行機能障害は、目標に向かって計画を立て、手順通りに進めることが難しくなる障害です。そのためリハビリテーションでは、作業過程を細かく分けて、段階的に進めることが必要になります。

例えば、カレーを作る時に下ごしらえだけでも細かく分けることができます。

- (i) 野菜を冷蔵庫から取り出す。
- (ii) 袋を開けて、野菜を取り出す。
- (iii) 野菜を水で洗い、汚れを落とす。
- (iv) 皮むきもしくは包丁を使用し皮を剥く
- (v) 包丁で材料ごとに適切な大きさ、形に切る。

このように細分化し、ひとつひとつの工程を進めていくという訓練を行う場合もあります。

## ③ アパシー

アパシーは無気力・無関心と言われており、誰しもある面倒くさくて何もしたくない状態が続き、食事やお風呂など日常的な習慣や趣味などにも関心を示さなくなる状態です。

リハビリテーションでは日付や場所の確認

をしたり、写真などから思い出話を伺ったりします。これらは刺激入力や思い出す記憶の訓練にもなりますし、精神面にも良い影響をもたらすことがあります。

## Ⅲ.最後に

リハビリテーションの話を掲載させていただきましたが、冒頭の方で書いてある通り、個人の症状や好みや興味にもよってリハビリテーションの内容は変わります。そのため、この症状には必ずこれをする！といった決まりはなく、本人様の様子に合わせて内容を調整するので、自由度が高いです。

また治すことばかりに焦点を置くのではなく、本人様の“できること”も評価し、維持もしくは難しいことをその能力で補えないかを考え、本人様が過ごしやすい生活環境の調整や支援方法の検討、必要に応じてサービスの導入などを他職種と連携し、本人様や家族様、支援者の方々に情報提供することもあります。

もし不安なことや気になることがあれば、近くのスタッフにお気軽にお声掛けください。